

**U. PORTO**



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Relatório de Estágio

Mestrado Integrado em Medicina

**VIVÊNCIA DA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DO CENTRO  
HOSPITALAR DO PORTO**

João Maria Veigas Abrantes

Orientadora:

Dr.<sup>a</sup> Filomena da Assunção Gomes da Oliveira

Porto 2012

## RESUMO

---

A consulta externa é uma área fulcral da vida profissional de um médico. Este facto, em conjunto com o interesse pela especialidade de cardiologia, motivou a realização de um estágio englobando as vivências da consulta externa de cardiologia e as suas interações com os cuidados primários de saúde.

O estágio teve como objetivos primordiais a observação, descrição e participação nas atividades que constituem a consulta externa, entendendo as suas particularidades, obtendo conhecimentos científicos e novas capacidades clínicas, de gestão e comunicação.

O relatório aborda as seguintes temáticas: enquadramento da especialidade de Cardiologia e caracterização dos locais de estágio, descrição e análise das atividades desenvolvidas, na observação e participação ativa das atividades da consulta externa de cardiologia e numa unidade de saúde familiar da área de referência do Centro Hospitalar do Porto. Foram também discutidos e analisados dois casos clínicos e relatadas e comentadas quatro ações de formação realizadas no âmbito da parceria entre o serviço de cardiologia e o agrupamento de centros de saúde de Gondomar. Termina com uma conclusão das vivências experienciadas e o seu impacto no meu desenvolvimento académico, pessoal e profissional.

## ABSTRACT

---

The outpatient consultation is a central point in a physician's professional life. This fact, together with the interest for the specialty of cardiology, formed the motivation to perform an internship covering the experience of the outpatient cardiology consultation and its interactions with primary care.

The internship had as primary objectives the observation, description and participation in the activities that compose the outpatient consultation, understanding their particular features, getting new scientific knowledge and clinical, management and communication skills.

The report addresses the following thematics: the background of the specialty of cardiology and characterization of the sites of internship, analysis and description of activities developed, observation and active involvement in the activities of outpatient cardiology consultation and on a primary care unit from the area of reference of Oporto Hospital Center. Were also discussed and analyzed two clinical cases and reported and commented four formation activities undertaken within the partnership between the department of cardiology and the group of primary care in Gondomar. It ends with a conclusion of the events experienced and its impact on my academic, personal and professional development.

## AGRADECIMENTOS

---

À minha orientadora, Dr.<sup>a</sup> Filomena Oliveira, por tudo o que me ensinou ao longo deste estágio, mantendo sempre uma postura de apoio e paciência excepcionais.

A todos os profissionais do serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar do Porto, em especial à Dr.<sup>a</sup> Diana Anjo, por permitirem a realização com sucesso deste estágio.

À Dr.<sup>a</sup> Alzira Braga e todos os profissionais da USF Nascente, por me terem recebido tão bem e ajudado no que necessitei.

Ao Dr. Fernando Almeida e ACES de Gondomar.

Aos meus pais e família, pelo apoio que me dão, em todos os momentos.

À minha irmã, Maria João, pela sua alegria contagiante.

A todos os meus amigos.

## ÍNDICE

---

Resumo .....	II
Abstract.....	III
Agradecimentos .....	IV
Índice .....	V
Lista de Abreviaturas.....	VII
Introdução .....	1
Cardiologia – Contextualização – Enquadramento .....	1
Consulta Externa de Cardiologia - Centro Hospitalar do Porto .....	2
Cuidados de Saúde Primários - Unidade de Saúde Familiar Nascente.....	3
Objetivos .....	4
Metodologia .....	5
Discussão.....	6
Consulta externa de cardiologia – Centro Hospitalar do Porto .....	6
Caso clínico 1 .....	7
Caso clínico 2 .....	11
Cuidados primários de saúde – Unidade de saúde familiar Nascente – Gondomar .....	13
Ações de formação.....	19
Ação de formação 1 .....	19
Ação de formação 2 .....	20
Ação de formação 3 .....	21
Ação de formação 4 .....	22
Conclusão .....	24
Bibliografia .....	25
Anexos .....	27
Anexo 1 .....	27
Anexo 2.....	28

Anexo 3.....	29
Anexo 4.....	30

## LISTA DE ABREVIATURAS

---

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde  
Bpm – Batimentos por minuto  
CDI - Cardioversor Desfibrilador Implantável  
CE- Consulta Externa  
CHP – Centro Hospitalar do Porto  
CK-MB – Isoenzima MB da creatina quinase  
DA- Descendente Anterior  
DCI – Doença Cardíaca Isquémica  
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio  
ECG – Eletrocardiograma  
EHN – European Heart Network  
ESC – European Society of Cardiology  
FA- Fibrilação Auricular  
FEVE – Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo  
FRCV – Fatores de Risco Cardiovascular  
HDL – High Density Lipoprotein  
HSA – Hospital de Santo António  
HTA – Hipertensão Arterial  
ICPC 2 - Classificação Internacional de Cuidados Primários  
IECA – Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina  
IMC – Índice de Massa Corporal  
Kg – Quilograma  
METS – Equivalente Metabólico  
MIM@UF - Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais  
mmHg – Milímetros de Mercúrio  
NYHA – New York Heart Association  
SAM – Serviço de Apoio ao Médico  
SPC – Sociedade Portuguesa de Cardiologia  
TA – Tensão Arterial  
USF – Unidade de Saúde Familiar

## INTRODUÇÃO

---

O interesse e motivação para a realização deste estágio, assentam em duas premissas pessoais, enquanto aluno de medicina na reta final da sua formação pré-graduada.

A primeira consiste na sua vontade de aprofundar os conhecimentos de cardiologia, especialidade pela qual fui gradualmente desenvolvendo um maior interesse, despertando-me a curiosidade necessária para a realização deste estágio.

A segunda prende-se com o facto da consulta externa ser parte integrante da atividade clínica de um Médico, daí o interesse em conhecer esta realidade e tentar apreender o maior número de conhecimentos possíveis, que irão influenciar a minha prática clínica futura.

## CARDIOLOGIA – CONTEXTUALIZAÇÃO – ENQUADRAMENTO

---

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte na União Europeia, sendo responsáveis por 42% dos óbitos, com 45% no sexo feminino e 38% no sexo masculino, correspondendo a aproximadamente 2 milhões de mortes por ano. Destas, a causa mais prevalente é a doença cardíaca isquémica, com aproximadamente um terço dos óbitos. (Eurostat, 2009)

O custo implicado pelas doenças cardiovasculares, em 2006, foi de 110 mil milhões de euros, equivalente a 10% do total da despesa em cuidados de saúde na União Europeia. (EHN, 2008)

As doenças do coração e aparelho circulatório datam desde a antiguidade. As malformações e infeções eram patologias cardíacas com enorme prevalência nos séculos passados. As perturbações metabólicas, antes restritas a subgrupos mais abastados, com a evolução das sociedades apresentaram um aumento gradual, sendo neste momento a etiologia mais importante na génese de doenças cardiovasculares. (Ferreira, 1990)

Em Portugal, com o aumento das mortes por causas cardiovasculares em detrimento das causas de etiologia infecciosa, a especialidade de cardiologia adquiriu grande importância, com um enorme crescimento a partir do final da década de 60, tanto na sua vertente médica, cirúrgica e exames complementares de diagnóstico, para o qual contribuiu de forma importante a Sociedade Portuguesa de Cardiologia, fundada em 1949. (Ferreira, 1990)

A especialidade de cardiologia “é uma especialidade médica com patologia clínica específica, diversificada, com crescente índole invasiva e a exigir um corpo de conhecimento também específico”, tendo o clínico de relacionar as atividades de ordem técnica com a aprendizagem e valorização da atividade clínica e é constituída por diversas áreas distintas e complementares que no seu conjunto a formam. (Portaria n.º 46/11)



## CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA - CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

---

O serviço de Cardiologia do Hospital de Santo António, formado em 1955, trata-se de um serviço de referência a nível nacional, com reconhecimento internacional, tendo como objetivo fundamental fornecer aos doentes uma resposta de qualidade a nível técnico e humanitário. Encontra-se dotado das várias valências constituintes da especialidade de Cardiologia, sendo a sua atividade desenvolvida em três grandes campos, a assistência, o ensino e a investigação.

A nível assistencial, é constituída por diversos componentes, sendo eles:

- **Internamento**, dividindo-se na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, Enfermaria e Hospital de dia.
- **Consulta Externa**, local onde efetuei parte do estágio e que descrevo com mais detalhe posteriormente.
- **Consulta Interna**, com observação anual de 700 doentes internados no Hospital.
- **Serviço de Urgência**.
- **Reabilitação Cardíaca**, efetuando a prevenção secundária da doença cardíaca isquémica.
- **Exames Subsidiários e Técnicas Especiais**, englobando a Electrocardiologia, Ecocardiografia, Cardiologia Nuclear, Hemodinâmica, Cardioversão Elétrica e Eletrofisiologia e Pacing.

A nível do ensino, este divide-se em duas vertentes:

- **Ensino Pré-Graduado**, através do ensino da Cardiologia integrada na disciplina Medicina I e Medicina II do 4.º e 5.º do Mestrado Integrado em Medicina do ICBAS e da disciplina de Fisiologia Médica do 3.º ano.
- **Ensino Pós-Graduado**, com a formação de especialistas de Cardiologia; ensino e formação de diversas técnicas em estágios programados.

A nível de investigação, através da realização de reuniões, participação em congressos nacionais e internacionais, estudos multicêntricos internacionais, registos nacionais do programa da Sociedade Portuguesa de Cardiologia e trabalhos de investigação nas técnicas disponíveis no serviço.

A área de referência primária do Centro Hospitalar do Porto foi redefinida em 2009, passando a ser constituída essencialmente por dois agrupamentos de centros de saúde, o ACES do Porto Ocidental (Porto VI) e o ACES de Gondomar (Porto II) perfazendo um total de 361 434 utentes inscritos, distribuídos por 31 unidades de saúde familiar e unidades de cuidados de saúde personalizados, com 951 profissionais de saúde, entre os quais 226 médicos. (Portaria n.º 273/09)

A consulta externa de cardiologia funciona no Hospital de Santo António, no edifício Luís de Carvalho, contando com 5 gabinetes médicos (Fig. 1 Anexo 1), 1 sala de eletrocardiografia (Fig. 2, Anexo 1), com 25 médicos (19 Especialistas e 6 Internos Complementares de Cardiologia) que realizam em média 280 consultas por semana, numa proporção de 20% de primeiras consultas e 80% de segundas consultas. Conta também com 2 funcionários administrativos, e um auxiliar de ação médica. O tempo mediano de espera por uma primeira consulta situa-se nos 26 dias. (CHP, 2011)

Tem como competências fundamentais a orientação clínica, diagnóstico e terapêutica de diversas patologias do foro cardiovascular, como “dor torácica de etiologia isquémica documentada por teste provocativo de isquemia; agravamento ou reinício de sintomas em doentes com doença coronária crónica; doença valvular severa; doença valvular moderada, sintomática; disritmias sintomáticas; disritmias assintomáticas associadas a doença cardíaca orgânica; cardiopatias congénitas do adulto; HTA não controlada com terapêutica otimizada se associada a patologia cardíaca; cardiomiopatias em fase sintomática; insuficiência cardíaca de causa objetivada e com potencial indicação cirúrgica e/ou não controlada.” (CHP, 2007)

## CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR NASCENTE

---

A reforma dos cuidados de saúde primários (Decreto -Lei n.º 28/08), teve como principal medida a criação e estruturação de agrupamentos de centros de saúde com autonomia administrativa, constituídas por equipas multidisciplinares, com o objetivo primordial de permitir uma maior acessibilidade da população aos cuidados de saúde primários.

A Unidade de Saúde Familiar Nascente foi constituída no decorrer desta reforma, abrangendo uma área de 3 freguesias (Rio Tinto, Fânzeres e Baguim do Monte) e com 15140 utentes inscritos nas listas dos médicos de família da unidade. Localiza-se em Rio Tinto, Gondomar e a nível de instalações dispõe de 12 gabinetes médicos e 2 salas de cuidados de enfermagem, com uma equipa constituída por 8 médicos, 8 enfermeiros e 6 funcionários administrativos. (Fig. 2, Anexo 1)

Desenvolve consultas preventivas e curativas, médicas, de enfermagem e programas de saúde em áreas como a saúde materna, infantil e do adolescente, do adulto e idoso, planeamento familiar, vigilância de patologias crónicas e de situações agudas.

Tem como hospitais de referência o Hospital de Santo António, o Hospital Maria Pia e a Maternidade Júlio Dinis.

## OBJETIVOS

---

A realização deste estágio teve como motivação primordial o desenvolvimento de competências e capacidades mais aprofundadas na área do seguimento de doentes com patologias do aparelho cardiovascular em regime de consulta externa. Assim, propus-me atingir os seguintes objetivos e capacidades:

### **Objetivos**

- Descrever as atividades realizadas no decorrer do estágio em Consulta Externa no Centro Hospitalar do Porto, assim como as condições da sua realização.
- Participar em Consulta Externa numa instituição de Cuidados de Saúde Primários e descrever os vários aspetos que a constituem.
- Observar a interação entre a especialidade médica e os cuidados de saúde primários, refletindo em formas de maximizar a sua eficácia.
- Definir e entender o papel da relação médico-doente e da consulta externa na prática clínica, tal como o seu impacto na promoção da saúde.
- Aplicar os conhecimentos e competências teórico-práticas adquiridas na formação curricular.
- Obter conhecimento científico, tanto teórico como prático, sobre as diversas patologias apresentadas e quais as suas melhores estratégias de abordagem e terapêutica.
- Assistir e descrever as ações de formação que decorrem no âmbito da parceria existente entre o Serviço de Cardiologia – CHP e o ACES de Gondomar.

### **Capacidades**

- Ser capaz de entender e aplicar a semiologia inerente à consulta externa, atendendo às particularidades da colheita de anamnese, exame físico, requisição de métodos complementares de diagnóstico e prescrição de terapêutica nesse contexto.
- Desenvolver as capacidades de gestão de tempo na consulta externa.
- Melhorar a capacidade de comunicação da informação relevante na prática clínica, ao doente e acompanhantes, de acordo com o seu contexto psicológico e social, e a outros profissionais de saúde a um nível multidisciplinar.
- Adquirir metodologias e ferramentas de pesquisa literária, para a realização do relatório de estágio e para a atualização de conhecimentos na prática clínica.

## METODOLOGIA

---

O desenvolvimento do estágio foi subdividido em 3 fases:

**A 1ª Fase**, que se centrou na pesquisa bibliográfica e redação do projeto de trabalho. Entrega do mesmo ao Diretor do Ciclo de Estudos e à Comissão de Ética do CHP.

**A 2ª Fase**, que consistiu na exequibilidade do Estágio observacional, com a sua distribuição entre a Consulta Externa de Cardiologia e a Consulta em Cuidados Primários de Saúde, a estimativa do tempo de horas despendidas em ambas as entidades de saúde, no número de consultas e patologias observadas e participação em ações de formação, tendo-se distribuído da seguinte forma:

### **Consulta Externa de Cardiologia – CHP**

Total de Horas: 48 Horas

Total de Consultas: 12 Consultas (4 Horas)

Estimativa de consultas: 5 a 7 casos clínicos por consulta, com 2 primeiras consultas.

### **Consulta em Cuidados Primários de Saúde**

Total de Horas: 24 Horas

Total de Consultas: 6 Consultas (4 Horas)

Estimativa de consultas: 5 a 6 casos clínicos por consulta, com 1 primeira consulta.

### **Ações de Formação**

Total de Horas: 10 Horas

Total de Sessões: 5 Sessões (2 Horas)

Estimativa de número de casos acompanhados:

**Tabela 1 – Casos acompanhados.**

Patologia	Número total de casos acompanhados
<b>Doença Cardíaca Isquémica</b>	Entre 35 a 40 Casos
<b>Disritmias</b>	30 Casos
<b>Valvulopatias</b>	25 Casos
<b>Insuficiência Cardíaca</b>	25 Casos

**A 3ª Fase**, consistiu na redação do relatório final de estágio.

## DISCUSSÃO

---

A discussão do estágio, consiste na descrição das atividades realizadas nos dois períodos de consulta externa, análise da amostra de doentes, apresentação sumária dos casos clínicos relevantes e das ações de formação.

### CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA – CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

---

O estágio decorreu no período entre 9 de Abril de 2012 e 2 de Maio de 2012, sob orientação da Dr.<sup>a</sup> Filomena Oliveira e a Dr.<sup>a</sup> Diana Anjo, presenciando, colaborando e participando na realização da anamnese e exame físico dirigido, da discussão dos casos, seleção dos exames complementares de diagnóstico e das opções terapêuticas adequados a cada caso clínico. No final de cada sessão era feita uma reflexão sobre as patologias observadas e as orientadoras esclareciam-me as dúvidas que me surgiam.

Participei em 12 períodos de CE, com duração aproximada de 4 horas cada, nas tardes de segunda-feira, terça-feira e quarta-feira.

A caracterização dos doentes por mim observados no decorrer do estágio foi a seguinte:

**Tabela 2 – Constituição da CE de Cardiologia do CHP.**

Dados Demográficos	CE Cardiologia
Total	74
Idade média (anos)	65.24
Sexo (homens) (%)	59.46
<b>Patologias</b>	
Doença Cardíaca Isquémica (%)	50.00
Disritmias (%)	50.00
Insuficiência Cardíaca (%)	43.24
Valvulopatias (%)	31.08
Cardiomiopatias (%)	9.46
Outras (%)	8.11
<b>Factores de risco cardiovascular</b>	
Hipertensão Arterial (%)	59.46
Dislipidemia (%)	43.24
Diabetes Mellitus 1 e 2 (%)	35.14
IMC > 25 kg/m <sup>2</sup> (%)	33.78
Tabagismo (%)	14.86

<b>Patologias por utente</b>	
Uma (%)	39.19
Duas ou mais (%)	60.81
<b>Fatores de risco por utente</b>	
Zero (%)	18.92
Um (%)	12.16
Dois ou mais (%)	68.92

Observei 74 doentes, sendo 44 destes do sexo masculino. O total de primeiras consultas foi de 22, ficando aquém do objetivo proposto de 24. A média de idades foi de 65,2 anos, com uma idade mínima de 23 anos e idade máxima de 88 anos. Setenta e um destes doentes encontravam-se medicados antes da consulta, tendo sido alterada a terapêutica em 33 casos. A prescrição de meios complementares de diagnóstico no decorrer da consulta aconteceu em 55 consultas.

As patologias mais prevalentes são as disritmias e doença cardíaca isquémica presentes em 50% dos doentes, seguidos de insuficiência cardíaca em 43.24%. A nível de patologias cardíacas que não se enquadram nos grupos anteriormente descritos, estas existiram em 8.11% dos doentes, consistindo em comunicações interauriculares, forâmen oval patente, displasia da artéria pulmonar e também alguns casos de síncope vasovagal.

A hipertensão arterial é o FRCV mais prevalente nos doentes observados em consulta externa, presente em 59.46% dos doentes, seguida das dislipidemias em 43.24%. A maioria dos doentes 60,81%, apresentam duas ou mais patologias cardíacas e 68.92% têm dois ou mais FRCV.

---

## CASO CLÍNICO 1

---

A escolha deste caso clínico prende-se com o facto da doença cardíaca isquémica ter uma enorme prevalência, tanto a nível nacional como europeu, condição também presente na amostra de doentes observados na consulta externa.(EHN, 2008)

**Tabela 3 – Caso clínico 1.**

<b>Identificação</b>	J.P.I.N. , sexo masculino, 33 anos, natural e residente em Bragança.
----------------------	--

<b>Resumo</b>	<p>Ex-fumador (20 Unidades Maço/Ano), dislipidemia mistas (triglicéridos aumentados e colesterol HDL diminuído), excesso de peso (IMC 28 kg/m<sup>2</sup>), história de doença cardíaca familiar.</p> <p>Internado no H. Bragança em Julho de 2007, aos 29 anos, com o diagnóstico de síndrome coronário agudo, com supradesnivelamento do segmento ST nas derivações precordiais, submetido a terapêutica fibrinolítica com cerca de 3 horas de evolução dos sintomas com alívio da dor. Transferido para o Serviço de Cardiologia do CHP, tendo realizado cateterismo que evidenciou doença de um vaso, descendente anterior média, submetido a intervenção coronária percutânea com implantação de dois stents revestidos por fármacos.</p> <p>Ecograficamente apresentava depressão moderada da FEVE, com acinesia septal e terços distais da parede posterior, inferior e ápex, hipocinésia dos terços basais da parede anterior.</p>
<b>Diagnósticos</b>	<p>EAM anterior com ondas Q.</p> <p>Tabagismo.</p> <p>Excesso ponderal.</p> <p>Dislipidemia Mista.</p>
<b>Terapêutica pós-alta</b>	<p>Ácido acetilsalicílico.</p> <p>Clopidogrel.</p> <p>Bisoprolol.</p> <p>Ramipril.</p> <p>Rosuvastatina.</p>
<b>Evolução</b>	<p>Orientado para programa de reabilitação cardíaca do serviço de Cardiologia do CHP, que realizou nos primeiros meses pós alta.</p> <p>Seguido regularmente na Consulta Externa de Cardiologia.</p> <p>Neste intervalo de tempo o doente tem cumprido a terapêutica médica e alterou o seu estilo de vida, cessou o consumo tabágico, emagreceu cerca de 15 Kg, realiza atividade física regular cerca de 1:30 horas diárias, alternando entre natação (25 Piscinas de 25 metros) e corrida (12 voltas a campo de futebol).</p> <p>Sem clínica de angor ou dispneia para a atividade que realiza diariamente.</p>
<b>Exame Físico</b>	<p>Peso – 70 Kg</p> <p>Altura - 1,70 metros</p> <p>Pressão Arterial – 100/60 mmHg</p> <p>Pulso – 60 bpm, rítmico e regular.</p> <p>Exame pulmonar - sem alterações.</p> <p>Exame cardiovascular – sem alterações.</p>
<b>Exames Complementares de Diagnóstico</b>	<p>Controle dos níveis de colesterol. Valores de glicemia normais, TA controladas.</p> <p>Prova de esforço sob beta-bloqueadores, sem sinais de isquemia residual, 15 METs.</p> <p>Cintigrafia de perfusão com necrose extensa do território da DA e compromisso moderado da função sistólica global do ventrículo esquerdo. Sem isquemia.</p> <p>ECG em ritmo sinusal, com sinais de necrose anterior.</p>
<b>Plano</b>	<p>Manter um estilo de vida saudável, continuar com as atitudes não médicas e farmacológicas adotadas anteriormente.</p>

Contextualizando,

Este caso clínico deve ser analisado tendo em conta as suas características clínicas, eletrocardiográficas, bioquímicas e patológicas. (Thygesen *et al*, 2007)

A doença cardíaca isquémica define-se fisiopatologicamente, como redução do fluxo sanguíneo ao coração, devido a aterosclerose, sendo que o enfarte agudo do miocárdio ocorre quando este suprimento sanguíneo é nulo ou insuficiente numa determinada parte do coração. A isquemia ou falta de oxigénio que daí advém, lesa e pode potencialmente levar à morte dos miócitos, consistindo uma emergência médica. Além disto, pode ser causa de outras patologias potencialmente fatais, como insuficiência cardíaca crónica ou arritmias. (Eurostat, 2009)

Apesar da patologia se manifestar com mais frequência em doentes com idade superior a 40 anos, indivíduos com idades inferiores também podem ser afetados, como constatado neste caso. Estes doentes têm uma clínica, perfil de fatores de risco e prognóstico diferente dos mais idosos. (Azar, 2012),

A nível epidemiológico, a doença cardíaca isquémica é a principal causa de morte a nível europeu. A prevalência em Portugal, segundo dados de 2002-2004 do Eurostat, é de menos de 95 mortes por 100.000 habitantes no sexo masculino (Fig. 5, Anexo 2) exceto na região da Grande Lisboa onde se situa entre os 95 e 126 mortes por 100.000 habitantes do sexo masculino e de menos de 45 por 100.000 habitantes no sexo feminino, exceto na região do Alentejo, onde a taxa é de entre 45 e 61 mortes por 100.000 habitantes do sexo feminino e Grande Lisboa, onde a taxa é de entre 61 a 78 mortes por 100.000 habitantes do sexo feminino (Fig. 6, Anexo 3). No estudo “Framingham Heart Study”, a incidência de enfarte agudo do miocárdio num período de seguimento de 10 anos foi de 12.9/1000 homens entre os 30 e 34 anos e 5.2/1000 mulheres entre os 35 e 44 anos de idade. (Kannel *et al*, 1984; Eurostat, 2009)

Jovens com doença cardíaca isquémica têm fatores de risco cardiovascular associados em 90 a 97% dos casos, existindo também uma correlação com o número de fatores de risco presentes e as taxas de mortalidade destes doentes, quanto maior o número de fatores de risco, maior a taxa de mortalidade, assim como a presença de história familiar de doença cardíaca isquémica precoce neste grupo de doentes e outros fatores como o consumo de cocaína. (Hoit *et al*, 1986; al-Koubaisy *et al*, 1990; Chouhan *et al*, 1993; Qureshi *et al*, 2001)

A apresentação clínica da doença neste grupo de doentes é diferente da dos doentes idosos. Uma grande percentagem destes não tem sintomatologia anginosa prévia, desenvolvendo um síndrome coronário agudo de apresentação abrupta, que pode evoluir rapidamente para enfarte agudo do miocárdio. O diagnóstico na fase aguda desta entidade confirma-se com a presença de dois dos três seguintes critérios: evolução típica dos marcadores bioquímicos de necrose miocárdica (troponinas e CK-MB); dor torácica típica de angor; sinais eletrocardiográficos de isquemia (elevação ou depressão do segmento ST, bloqueio completo de ramo esquerdo de novo). (Fournier *et al*, 1996; Doughty *et al*, 2002; Azar, 2012)



O tratamento de um síndrome coronário agudo vai depender da presença de supra ou infradesnívelamento do segmento de ST no ECG. Neste caso, o doente apresentou-se com "supradesnívelamento do segmento ST nas derivações precordiais", submetido a terapêutica fibrinolítica, com 3 horas de evolução da dor, por não existir a possibilidade de efetuar cateterismo cardíaco no centro hospitalar onde se encontrava, sendo posteriormente transferido para o HSA, onde foi efetuado o cateterismo cardíaco em segundo tempo. A terapêutica instituída, está de acordo ao preconizado nas guidelines da Sociedade Europeia de Cardiologia, com classe de evidência I e nível A (Tabela 7, Anexo 4). Instituiu-se dupla antiagregação plaquetária (Aspirina e Clopidogrel, este último com recomendação IIa C), beta-bloqueadores (Bisoprolol), IECA (Ramipril, recomendação IIa A) e estatina (Rosuvastatina). Foi orientado para programa de reabilitação cardíaca, que iniciou enquanto esteve internado e manteve nas semanas seguintes à alta hospitalar. Este programa atua em vários níveis, abordando os aspetos psicológicos e socioeconómicos causados pela doença, fornecendo aconselhamento sobre o estilo de vida a adotar após um evento cardíaco isquémico e quais os graus de exercício físico que o doente deve praticar, de forma regular e saudável, almejando também eliminar ou diminuir os fatores de risco de DCI.(ESC, 2008)

A nível prognóstico, se excluídas patologias hereditárias que possam ser causa da isquemia cardíaca, muitos destes doentes jovens não têm doença coronária significativa, levando a um prognóstico a curto e longo prazo relativamente bom. A mortalidade a 15 anos ronda os 30%, aumentando significativamente naqueles com enfarte agudo do miocárdio prévio, diabetes e FEVE <30%. No caso em discussão, a evolução foi extremamente positiva, com um aumento tremendo na capacidade de exercício do doente, traduzindo assim o possível bom prognóstico e baixo nível de morbilidade que estes doentes podem ter, se diagnosticados, tratados e acompanhados corretamente.(Zimmerman *et al*, 1995; Porter *et al*, 1998; Cole *et al*, 2003)

Este caso tem algumas particularidades que o tornam extremamente interessante. Primeiro, permitiu-me entender que uma patologia tão comum com a doença cardíaca isquémica pode atingir doentes jovens, adquirindo assim aspetos particulares, obrigando ao clínico raciocinar sobre a abordagem a seguir e a valorizar que cada doente é um caso específico, com as suas condicionantes e características próprias. Segundo, o estudo e investigação que fiz ao contactar com este caso, durante o estágio e ao elaborar este relatório, foram bastante úteis, adicionando vários conceitos novos aos aprendidos por mim no decorrer da minha formação médica.

---

## CASO CLÍNICO 2

---

Em relação aos casos observados em CE e a sua prevalência, observamos que as cardiomiopatias, embora pouco frequentes, são patologias que todos os clínicos têm a obrigação de conhecer, possibilitando assim a sua referência precoce e tratamento adequado. Por tais razões, que achei importante estudar o seguinte caso clínico:

**Tabela 4 – Caso Clínico 2.**

<b>Identificação</b>	V.P.B.R. , 23 anos, sexo feminino, natural e residente no Porto.
<b>Resumo</b>	Primeira Consulta. Desenvolvimento de dispneia e dor anginosa para médios esforços há cerca de ano e meio, com agravamento nos últimos 2 meses anteriores à consulta (dispneia para pequenos esforços, ortopneia e dispneia paroxística nocturna). Efetuou ecocardiograma transtorácico que detetou: “Possível mal formação cardíaca - Não compactação miocárdica e estenose aórtica leve”. Eletrocardiograma com bigeminismo. História familiar da patologia, diagnosticada com ressonância magnética, na irmã mais velha, que desapareceu da sua residência, não tendo sido possível estudar melhor a doença. Tio materno falecido de morte súbita. Não efetuava qualquer tipo de terapêutica.
<b>Exame Físico</b>	Tensão Arterial – 130/65 mmHg. Frequência Cardíaca – 72 batimentos/min, rítmico e regular. Auscultação Pulmonar – Murmúrio vesicular presente e simétrico, sem ruídos adventícios. Auscultação Cardíaca – S1 e S2 presentes, sopro sistólico, audível no foco aórtico, com irradiação carotídea, grau II/VI.
<b>Diagnósticos</b>	Não compactação do ventrículo esquerdo? (A aguardar exames complementares de diagnóstico)
<b>Plano</b>	<b>Estudo da patologia:</b> ionograma; bioquímica; eletrocardiograma; ecocardiograma transtorácico com contraste; ressonância magnética cardíaca; holter; estudo eletrofisiológico. <b>Terapêutica instituída:</b> Ramipril, Furosemida.
<b>Evolução</b>	Dependente da evolução clínica e do resultado dos exames complementares de diagnóstico.

Contextualizando,

A não compactação do ventrículo esquerdo é uma cardiomiopatia rara, caracteriza-se por uma hipertrabeculação de uma ou mais das suas paredes, com recessos intertrabeculares preenchidos por fluxo sanguíneo proveniente da cavidade ventricular, sendo o miocárdio formado por duas camadas, uma compactada e outra não compactada, com continuidade entre si, não podendo ter evidência de comunicação com o sistema arterial coronário.(Ritter *et al*, 1997; Weiford *et al*, 2004)

A prevalência da doença a nível mundial não é conhecida, existindo uma revisão que identificou 34 casos em 15 anos, correspondendo a 0.014% das ecocardiografias realizadas.

Em doentes com insuficiência cardíaca, a sua prevalência foi estimada entre 3 a 4% por alguns estudos. A patologia pode ser esporádica ou familiar, variando a percentagem de relatos de casos com história familiar entre 12 a 50%. (Oechslin *et al*, 2000; Weiford *et al*, 2004; Kovacevic-Preradovic *et al*, 2009)

A clínica nestes doentes é constituída principalmente por insuficiência cardíaca, arritmias auriculares e ventriculares ou bloqueios da condução, com fibrilação auricular crónica e eventos tromboembólicos. O rastreio de familiares de doentes afetados permite também fazer o diagnóstico em doentes assintomáticos. (Ritter *et al*, 1997)

O diagnóstico normalmente é confirmado através de exames complementares de diagnóstico, principalmente a ecocardiografia com contraste. Outros tipos de métodos utilizados são a ressonância magnética, tomografia computadorizada ou a ventriculografia esquerda. Existem vários tipos de critérios ecográficos propostos para o diagnóstico e seguimento, que avaliam distâncias e tamanhos das camadas miocárdicas e presença de fluxo sanguíneo por doppler, mas existe variação da sensibilidade e especificidade entre eles, não existindo um parâmetro que seja *gold-standard* de diagnóstico. A ressonância magnética aparenta ser melhor do que a ecocardiografia para avaliar a extensão da não compactação, medindo-se o rácio na diástole entre miocárdio compactado e não compactado. (Oechslin *et al*, 2000; Jenni *et al*, 2001; Thuny *et al*, 2010)

A nível prognóstico, a patologia está associada a altas taxas de morbilidade e mortalidade em adultos, estando os doentes expostos a grande risco de eventos tromboembólicos, desenvolvimento de insuficiência cardíaca, morte súbita cardíaca e disritmias ventriculares graves com necessidade de cardioversor desfibrilador implantável. Um estudo relata uma sobrevida a 5 anos sem necessidade de transplante cardíaco ou morte de 58%, porém esta amostra era constituída por doentes severamente afetados. Assim, o prognóstico pode ser substancialmente melhor, se o diagnóstico for realizado mais precocemente, possibilitando a deteção de formas menos graves da doença. (Duru *et al*, 2000; Oechslin *et al*, 2000; Pitta *et al*, 2007; Heidi M Connolly, 2012)

Orientações clínicas, a prática desportiva de competição deve ser desaconselhada, deve ser realizado Holter anualmente para despiste de disritmias. A nível terapêutico, não existe nenhuma abordagem específica, devendo esta ser dirigida em função do quadro clínico apresentado, como a insuficiência cardíaca, disritmias e profilaxia do risco tromboembólico, considerar implantação de CDI e orientação para transplante cardíaco, se a evolução clínica assim o justificar. (Oechslin *et al*, 2000; Heidi M Connolly, 2012)

A raridade deste caso foi bastante interessante porque me alertou para o desafio que as patologias raras colocam na prática clínica diária e a necessidade de as reconhecer atempadamente, para tal o médico deve manter-se em permanente atualização do seu

conhecimento científico. Esta situação aguçou-me a curiosidade e a necessidade de estudar profundamente esta entidade clínica, discutindo o caso com a orientadora na consulta seguinte de consulta.

## CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE – UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR NASCENTE – GONDOMAR

---

O estágio em cuidados primários de saúde, previsto na proposta de estágio, realizou-se na Unidade de Saúde Familiar Nascente, do Agrupamento de Centros de Saúde de Gondomar, no período compreendido entre 12 de Abril e 24 de Maio, sob a orientação da Dr.<sup>a</sup> Alzira Braga.

O estágio decorreu principalmente no gabinete médico, no horário de consulta de adultos, das 14 às 16 horas de quinta-feira, num total de 6 períodos de consulta.

As atividades por mim realizadas consistiram principalmente na observação da consulta de medicina geral e familiar, caracterização e avaliação do sistema cardiovascular e fatores de risco, com a realização do exame físico aos utentes, registo dos achados da anamnese e exame físico dirigido no programa informático SAM. Observei também a interface do programa de referência para as especialidades hospitalares ALERT P1<sup>®</sup> (ALERT Life Sciences Computing), com análise dos pedidos efetuados pela tutora, das respostas obtidas pela especialidade de cardiologia e quais os critérios de referência para a especialidade.

Tive a oportunidade de observar 36 utentes, com a seguinte distribuição:

**Tabela 5** – Caracterização dos utentes observados no estágio de cuidados primários de saúde.

Dados Demográficos	Estágio USF Nascente
Total	36
Idade média (anos)	50.66
Sexo (Homens) %	31.25
Idade mínima (anos)	2
Idade máxima	84
Primeiras consultas	6
<b>Patologia Cardíaca (%)</b>	<b>11.11</b>
Doença Cardíaca Isquémica (%)	2.78
Disritmias (%)	2.78
Valvulopatias (%)	2.78
Insuficiência Cardíaca (%)	2.78

<b>Outras Patologias (%)</b>	<b>88.89</b>
Patologia Cirúrgica (%)	5.56
Patologia Gastrointestinal (%)	2.78
Patologia Hematológica (%)	5.56
Patologia Infeciosa (%)	25.00
Patologia Nefrológica (%)	2.78
Patologia Neurológica (%)	2.78
Patologia Osteoarticular (%)	13.88
Patologia Psiquiátrica (%)	11.11
Patologia Pulmonar (%)	8.33
Patologia Traumática (%)	2.78
Patologia Vascular (%)	8.33
<b>Factores de risco cardiovascular</b>	
Hipertensão arterial (%)	25
Tabagismo (%)	5.56
IMC > 25 (%)	13.88
Diabetes Mellitus 2 (%)	5.56
Dislipidemia (%)	11.11

A idade média dos utentes apresentados foi de 50,66 anos, tendo o utente mais velho 84 anos e o mais novo 2 anos. Este fato deve-se às particularidades do sistema de atendimento e marcação de consultas das USF, onde utentes não destinados a certo período de consulta podem ser atendidos, se existir vaga de marcação, em regime de consulta aberta. Tendo em conta esse ponto, no decorrer do estágio pude observar 5 utentes com idade inferior a 18 anos, tendo todos estas patologias de carácter infeccioso.

A consulta foi maioritariamente utilizada por utentes do sexo feminino (68.75%) sendo realizadas 6 primeiras consultas e uma média de 6 casos clínicos por sessão, conforme previsto nos objetivos a cumprir na proposta de estágio.

A patologia do foro cardíaco esteve presente em apenas 4 utentes (11.11%). Uma doente, sexo feminino, 65 anos, com enfarte agudo do miocárdio há 4 anos; um doente, sexo masculino, 58 anos, com fibrilação auricular, hipocoagulado, sujeito a cardioversão programada e com reversão a ritmo sinusal; uma doente, sexo feminino, 50 anos, com insuficiência valvular mitral, seguida em consulta de cardiologia em hospital privado; uma doente, sexo feminino, com 78 anos, com insuficiência cardíaca documentada, com fração de ejeção ventricular preservada, atualmente em estadio II NYHA. As patologias não cardíacas corresponderam a 88.89% das consultas observadas, sendo as infecciosas as mais comuns (25%), seguidas pelas do foro osteoarticular (13.88%) e psiquiátrico (11.11%).

A hipertensão arterial foi o FRCV mais prevalente (25%), seguido do excesso de peso/obesidade, com IMC superior ou igual a 25 kg/m<sup>2</sup> (13.88%), dislipidemia (11.11%) e tabagismo e diabetes mellitus tipo 2 (5.56 %).

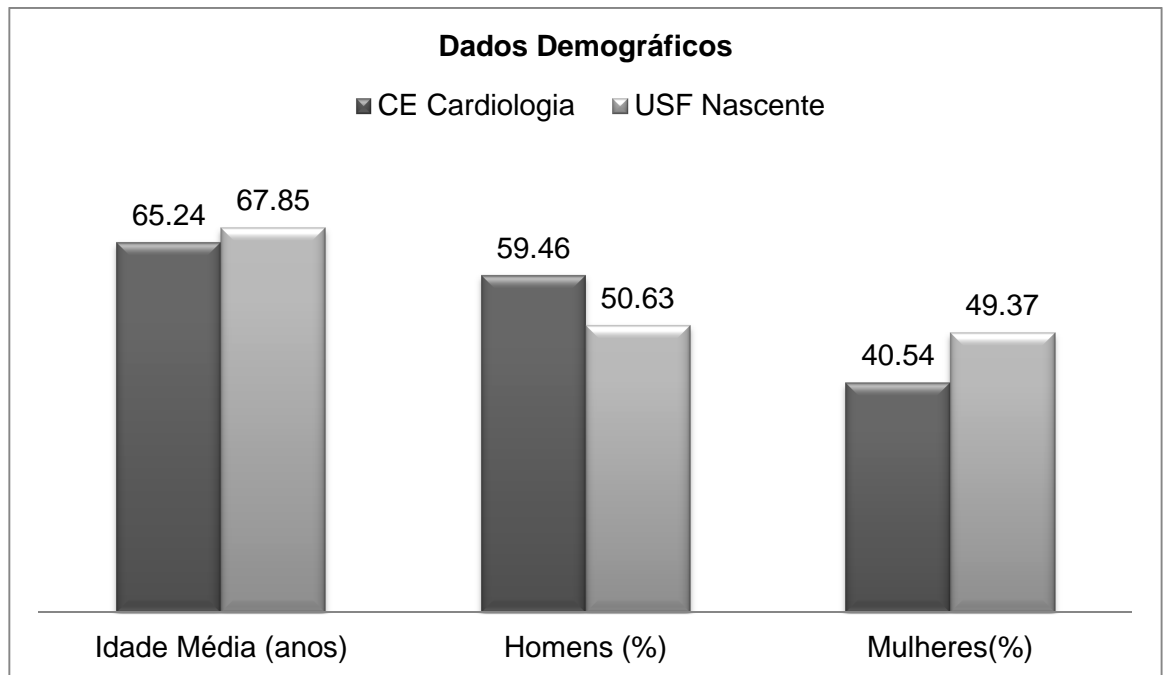
Dada a baixa percentagem de doentes com patologia cardiovascular presente nesta consulta, foi-me proposto realizar uma análise dos dados estatísticos da USF Nascente, para poder caracterizar melhor o impacto que patologia cardiovascular tem na população seguida nos cuidados primários de saúde. Através do MIM@UF, que agrega a informação proveniente do Serviço de Apoio ao Médico, obtive as listagens de utentes cuja codificação pela Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC-2) se referiam a doenças do foro cardíaco e fatores de risco das mesmas.

Esta listagem, referindo-se a utentes com idade superior ou igual a 18 anos, no período de Dezembro de 2011, teve a seguinte distribuição:

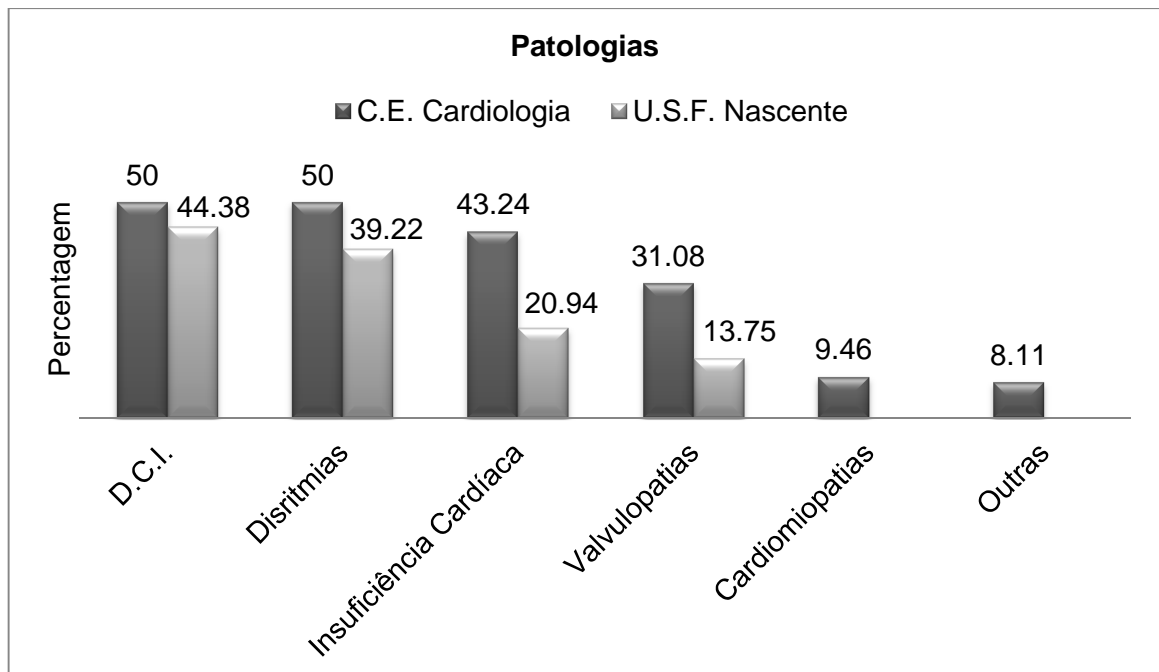
**Tabela 6 – Utentes com patologia cardiovascular na USF Nascente.**

<b>Dados Demográficos</b>	<b>USF Nascente</b>
Total	640
Idade média (Anos)	67.85
Sexo (Homens) %	50.63
<b>Patologias</b>	
Doença Cardíaca Isquémica (%)	44.38
Disritmias (%)	39.22
Valvulopatias (%)	13.75
Insuficiência Cardíaca (%)	20.94
<b>Factores de risco cardiovascular</b>	
Hipertensão Arterial (%)	63.28
Tabagismo (%)	8.13
IMC > 25 kg/m <sup>2</sup> (%)	29.22
Diabetes Mellitus 1 e 2 (%)	26.25
Dislipidemia (%)	32.66
<b>Patologias por utente</b>	
Uma (%)	81.72
Duas ou mais (%)	18.28
<b>Factores de risco por utente</b>	
Zero (%)	22.34
Um (%)	30.00
Dois ou mais (%)	47.66

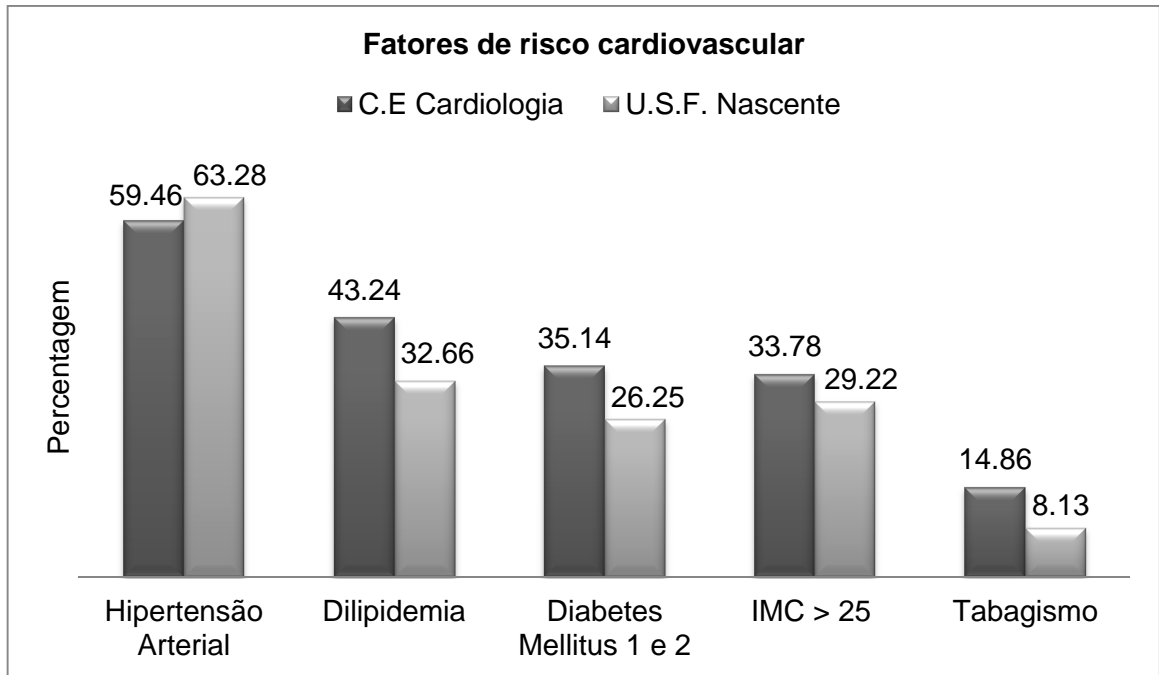
A caracterização da amostra de utentes dos dois contextos onde desenvolvi este estágio, apresenta-se nos gráficos seguintes:



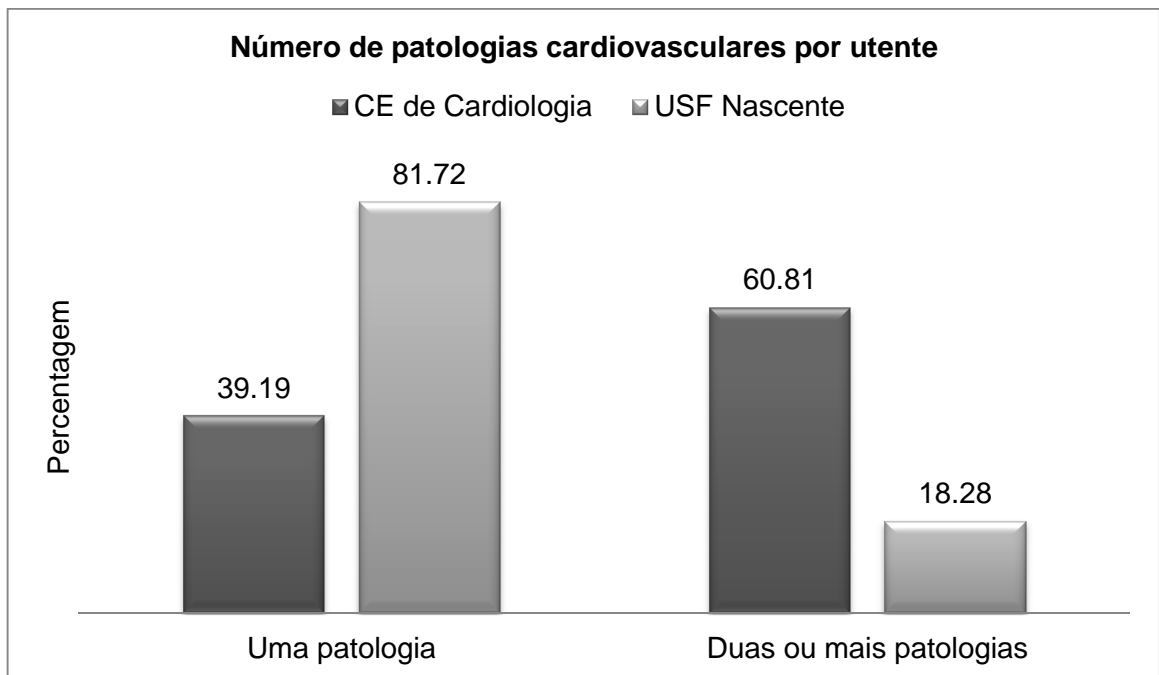
**Gráfico 1** – Comparação entre os dados demográficos da CE de Cardiologia e USF Nascente.



**Gráfico 2** – Comparação entre as patologias cardíacas dos utentes da CE de Cardiologia e USF Nascente.

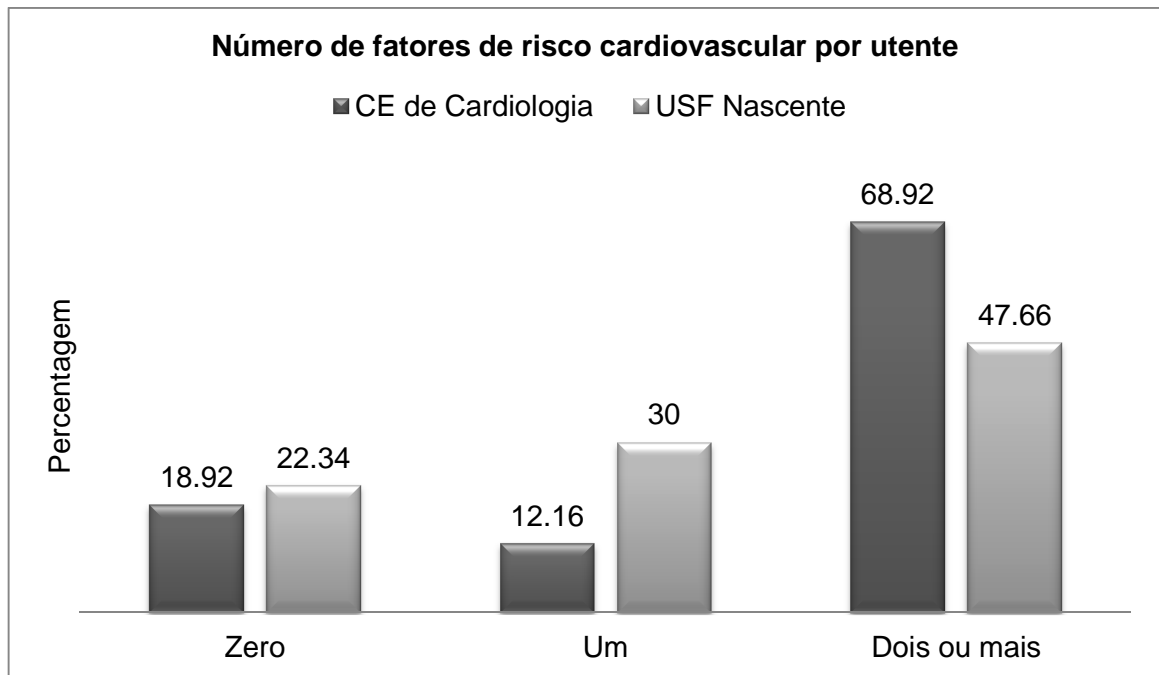


**Gráfico 3** – Comparação entre os fatores de risco cardiovascular dos utentes da CE de Cardiologia e USF Nascente.



**Gráfico 4** - Comparação entre o número de patologias cardiovasculares por utente da CE de Cardiologia e USF Nascente.





**Gráfico 5** - Comparação entre o número de fatores de risco cardiovasculares por utente da CE de Cardiologia e USF Nascente.

A análise destes dados permitiu-me ter uma melhor noção do peso da doença cardiovascular nas populações abrangidas pelos serviços onde efetuei o meu estágio. Podemos observar que se trata predominantemente de uma população envelhecida, com médias de idade superiores a 65 anos e que em ambos os locais existe uma percentagem superior de indivíduos do sexo masculino.

A prevalência de FRCV e patologia cardiovascular é superior nos indivíduos da CE de Cardiologia com a exceção da hipertensão arterial, que é mais prevalente nos utentes da USF Nascente. A presença de mais do que uma patologia cardíaca ocorre em 60,81% dos utentes da CE de Cardiologia e nos utentes da USF Nascente em 18,28%, constatando-se que os utentes da CE de Cardiologia apresentam uma maior comorbilidade.

A maioria dos utentes seguidos em ambos os centros tem dois ou mais FRCV, daí a importância do controle destes fatores tanto a nível da prevenção primária como da secundária na patologia cardiovascular.

Um dos aspetos a ter em conta na análise destes dados é de que o MIM@UF baseia-se na codificação dos vários médicos de família no SAM. Esta limitação pode condicionar a subvalorização de alguns dos valores obtidos nas listagens da USF devido à não codificação de todas as patologias dos utentes atendidos.

Estes dados, apesar da falta de uma análise estatística que prove a sua significância, possibilitam: compreender melhor a constituição da população e das patologias atendidas

nestes dois locais. Esta análise dá uma noção clara e concreta do problema que abordamos e como este é constituído a um nível populacional.

## AÇÕES DE FORMAÇÃO

---

A formação médica nunca está terminada. O clínico deve estar em constante aprendizagem e atualização, para se manter informado conforme o estado da arte do conhecimento. Aliado a este facto, a interação entre as diversas especialidades é fulcral para proporcionar aos utentes dos cuidados de saúde o melhor acompanhamento e tratamento possível.

Existe uma parceria entre a especialidade de Cardiologia do CHP e do ACES de Gondomar que consiste na realização de ações de formação abordando temas relacionados com a patologia cardiovascular adaptada à realidade dos cuidados primários de saúde e apresentação de casos clínicos por médicos e internos complementares de Medicina Geral e Familiar.

Foi assim proposto por mim como um dos objetivos a cumprir no decorrer deste estágio assistir a estas ações de formação e descrever os temas abordados.

Assisti a 4 ações de formação no decorrer do estágio, que passo a comentar de seguida:

---

### AÇÃO DE FORMAÇÃO 1

---

**Data:** 23/09/2011

**Palestrantes/Formadores:** Dr. André Luz, Dr.<sup>a</sup> Filomena Oliveira

**Tema:** Orientação e seguimento de doentes pós enfarte agudo do miocárdio

**Descrição da apresentação:** Foi focada a epidemiologia da doença cardíaca isquémica no concelho de Gondomar e quais os estudos e graus de evidência que existem no seguimento pós-enfarte. A terapêutica e abordagens médicas e cirúrgicas na revascularização miocárdica também foram expostas, falando sobre a diferença entre stents com e sem revestimento farmacológico e as implicações terapêuticas que acarreta.

**Caso clínico:** Homem, 69 anos, enfarte agudo do miocárdio com revascularização por intervenção coronária percutânea e colocação de stent. A plateia questionou qual o tipo de seguimento se deve fazer após um síndrome coronário agudo e revascularização coronária, a nível dos cuidados primários de saúde, nomeadamente na periodicidade das consultas, dos exames complementares de diagnóstico e a terapêutica a instituir.

**Conclusões finais:** Esta ação de formação teve um balanço francamente positivo, segundo a opinião dos intervenientes. O componente formativo teórico foi importante, a resolução das dúvidas e a discussão dos casos clínicos, permitiu aos médicos das unidades de saúde primária entender o seguimento destes doentes e em que situações devem referenciar os utentes. Foram respondidas diversas questões pertinentes e dadas as ferramentas de pesquisa para que cada profissional conseguisse lidar, com outras questões clínicas que pudessem surgir na prática clínica.

**Comentário:** Esta formação permitiu-me aprender bastante sobre o seguimento destes doentes, entender os critérios de referenciação e aperceber-me do impacto que estas ações têm na melhoria da relação profissional entre ambas unidades de saúde.

---

## AÇÃO DE FORMAÇÃO 2

---

**Data:** 11/11/2011

**Palestrantes/Formadores:** Dr.<sup>a</sup> Filomena Oliveira

**Tema:** Hipertensão Arterial, abordagem e estratégia terapêutica

**Descrição da apresentação:** A apresentação teve um carácter mais prático que teórico. Definiu-se a estratificação do risco cardiovascular e o peso da hipertensão nessa estratificação. (Fig 3. Anexo 1) As guidelines preconizam um tratamento mais agressivo da hipertensão arterial para valores arteriais previamente não considerados patológicos, no intuito de maior prevenção de eventos cardiovasculares fatais, sendo responsabilidade do clínico sensibilizar os seus doentes para a necessidade do cumprimento desta terapêutica. Uma boa relação médico-doente é necessária e fundamental para que o doente modifique o seu estilo de vida e adira à terapêutica aconselhada.

Foi apresentado um novo método terapêutico, a simpatectomia renal percutânea em casos de resistência à terapêutica e quais as situações clínicas que beneficiam desta técnica.

As principais dúvidas e comentários prenderam-se com a periodicidade da realização de exames complementares de diagnóstico, do seguimento destes doentes e quando referenciar para a consulta de especialidade.

**Caso Clínico:** Homem, 29 anos, com doença renal poliquística autossómica dominante, hipertenso desde os 17 anos, medicado com IECA. Aos 27 anos suspendeu por decisão própria a medicação, desenvolvendo hipertensão (140/95 mmHg), albuminúria (512mg/dL) e agravamento da função renal. Após diálogo com médico de família, reiniciou a medicação, com melhoria do perfil tensional e função renal. O ponto interessante da discussão relacionou-se com a dificuldade dos doentes jovens em manter a adesão terapêutica, numa patologia que no

início condiciona pouca sintomatologia, sendo importante informar e elucidar o doente sobre a gravidade da doença, para que este não suspenda a medicação.

**Conclusões finais:** A hipertensão arterial, pela sua enorme prevalência na população portuguesa é um tema extremamente importante na prática diária e a conjugação de conhecimentos da especialidade de cardiologia e da medicina geral e familiar, permite que se estabeleça uma abordagem mais adequada para cada doente em particular.

**Comentário:** Pela grande importância desta doença, ela é bastante abordada no decorrer do curso de medicina, faltando a vivência na prática clínica, que pude presenciar nesta formação. Assim, penso que aprendi bastante no decorrer desta ação de formação.

---

### AÇÃO DE FORMAÇÃO 3

---

**Data:** 24/02/2012

**Palestrantes/Formadores:** Dr. Paulo Palma

**Tema:** Métodos complementares de diagnóstico em cardiologia – provas de esforço

**Descrição da apresentação:** Apresentou-se uma pequena introdução teórica à prova de esforço, no que consiste e quais as indicações para a realização. Foi explicada de que forma se pode utilizar a tabela de Forrester para avaliação da probabilidade pré-teste de doença isquémica e a sua implicação no resultado, falando-se também no caso especial da mulher na prova de esforço, pela dor torácica menos típica, frequentemente pior condicionamento físico e a maior probabilidade de falsos positivos por alterações do segmento ST. Foi também abordada a terapêutica dos doentes sujeitos a prova de esforço. As dúvidas colocadas foram principalmente relacionadas com os relatórios das provas de esforço, o que valorizar e quando pedir mais estudos.

**Casos clínicos:** Não foram apresentados casos clínicos.

**Conclusões finais:** Para além das explicações da prova e todas as dúvidas que foram explicadas, o público pediu a elaboração de um fluxograma para auxiliar os médicos de medicina geral e familiar na decisão de referenciar para o serviço de cardiologia dependendo dos resultados no relatório da prova.

**Comentário:** A explicação do teste e todas as particularidades do mesmo, foi importante para eu compreender as dificuldades que os clínicos apresentaram, tanto em relação a quando solicitar o exame, como o que valorizar da informação fornecida. A realização de um fluxograma de procedimentos permite uma melhor agilização de decisões clínicas e melhora a meu ver, a interação entre a especialidade médica e os cuidados de saúde primários.

---

## AÇÃO DE FORMAÇÃO 4

---

**Data:** 20/04/2012

**Palestrantes/Formadores:** Dr.<sup>a</sup> Filomena Oliveira

**Tema:** Métodos complementares de diagnóstico em cardiologia - Holter

**Descrição da apresentação:** A apresentação teórica focou-se nas indicações clínicas para a realização do Holter, como em caso de sintomatologia relacionada com perturbações do ritmo, despiste de arritmias, estudo da variabilidade do ritmo cardíaco e avaliação da eficácia da terapêutica antiarrítmica. Falou-se também na hipótese de uso de um registador de eventos para aumentar o tempo de análise. Foram também explicados e discutidos quais os dados a valorizar num relatório de Holter. O público falou da dificuldade que alguns doentes relatavam em entender como se processa o exame durante as 24 horas e propondo que o serviço de Cardiologia criasse um panfleto informativo com as informações básicas, os cuidados que os utentes devem ter em diversos métodos complementares de diagnóstico de cardiologia, proposta bem recebida por todos os presentes.

**Casos clínicos:** Caso 1 – Mulher, 74 anos, hipertensa, hipotiroidismo, asma, com palpitações noturnas de 1 mês de evolução. Ao Holter, com FA paroxística noturna com resposta ventricular rara. Foi discutida a medicação a instituir, alertando os presentes para a presença de hipotiroidismo, que contra-indica o uso de amiodarona. Foi recomendado neste caso, instituir hipocoagulação e bisoprolol à noite. Foi discutida a possibilidade de utilizar-se o dabigatrano para hipocoagulação e o problema que o preço desta terapêutica acarreta.

Caso 2 – Homem, 68 anos, hipertenso, com enfarte agudo do miocárdio prévio, com recidiva de neoplasia lingual. Medicado com diurético, inibidor dos canais de cálcio, estatina e aspirina, com história de desmaio no momento do tratamento com radioterapia. Holter com atividade ectópica ventricular frequente e supra ventricular muito frequente. Discutiu-se o caso, e a terapêutica a adicionar neste caso seria beta-bloqueador noturno e um antagonista dos recetores da angiotensina II.

**Conclusões finais:** A discussão dos casos apresentados e da apresentação foi produtiva para os profissionais de medicina geral e familiar, permitindo tirar dúvidas sobre relatórios de utentes das suas listas e a proposta da elaboração do panfleto informativo seria um passo importante na melhoria da qualidade dos exames realizados, diminuindo o número de exames a ser repetidos por má técnica. Além destas discussões, foi também abordada a dificuldade que existia em contactar telefonicamente as USF e os utentes, no caso de algum caso referenciado pelo ALERT<sup>®</sup> (ALERT Life Sciences Computing) ser de carácter urgente, chegando-se à conclusão de se tratar de um problema do próprio sistema informático, que iria ser referenciado à empresa que o produz.

**Comentário:** Foi uma sessão bastante positiva, permitiu-me conhecer a técnica, as suas indicações e limitações. Foi também positivo observar a receptividade de ambas as partes envolvidas para melhorar a comunicação entre especialidades.

## CONCLUSÃO

---

Durante a realização do estágio sobre a vivência da consulta externa de Cardiologia tive a oportunidade de aprender imenso sobre a patologia cardiovascular, contactando com uma grande variedade de patologias, das mais comuns às mais raras, permitindo-me aplicar os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo da minha formação académica, aplicando-os a uma realidade com a qual temos pouca oportunidade de contactar durante o curso e que é parte tão importante na vida profissional de um médico, que é a consulta externa.

Tive a oportunidade de participar ativamente na consulta dos doentes que observei, contactando com várias realidades, onde constatei a importância da adequação da comunicação do clínico aos vários tipos de utentes que observa, de forma a garantir que a mensagem a transmitir é recebida e compreendida. Foi também extremamente benéfico para a minha formação curricular o cultivo do uso de técnicas de pesquisa bibliográfica, que utilizei tanto ao longo do estágio, para obter informação sobre as patologias que observei, como na elaboração do presente relatório.

Considero que os objetivos por mim propostos foram alcançados, fazendo com que este estágio tenha sido uma grande mais-valia nesta reta final da minha formação pré-graduada, permitindo-me colmatar algumas lacunas que pudessem existir e levando-me a crescer e aprender um pouco mais como futuro médico.

## BIBLIOGRAFIA

---

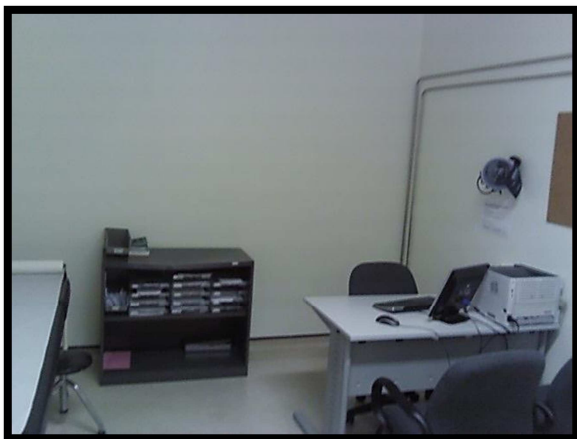
- al-Koubaisy OK, Mehdi RS, Arem FD, *et al.* Cine angiographic findings in young Iraqi men with first acute myocardial infarction. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1990;19(2):87.
- Azar RR. Coronary heart disease and myocardial infarction in young men and women. UpToDate, D. S. Basow, UpToDate, Waltham, MA, 2012.
- Chouhan L, Hajar HA and Pomposiello JC. Comparison of thrombolytic therapy for acute myocardial infarction in patients aged < 35 and > 55 years. *Am J Cardiol* 1993;71:157.
- CHP. Especialidades : sumário de competências e áreas vocacionais, retirado de <http://www.chporto.pt/ver.php?cod=0C0D>, 2007.
- CHP. Tempos de Espera por uma Primeira Consulta Hospitalar, retirado de <http://www.chporto.pt/ver.php?cod=0C0E>, 2011.
- Cole JH, Miller Jlr, Sperling LS, *et al.* Long-term follow-up of coronary artery disease presenting in young adults. *J Am Coll Cardiol* 2003;41:521.
- Decreto -Lei n.º 28/08, Diário da República, 1ª série - N.º 38 - 22 de Fevereiro de 2008.
- Doughty M, Mehta R, Bruckman D, *et al.* Acute myocardial infarction in the young--The University of Michigan experience. *Am Heart J* 2002;143:56-62.
- Duru F and Candinas R. Noncompaction of ventricular myocardium and arrhythmias. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2000;11:493.
- EHN. European cardiovascular disease statistics. 2008;
- ESC. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2008;29:2909-2945.
- Eurostat. Atlas on mortality in the European Union. 2009
- Ferreira FAG. História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal. Fundação Calouse Glubenkian.1990
- Fournier JA, Sánchez A, Quero J, *et al.* Myocardial infarction in men aged 40 years or less: a prospective clinical-angiographic study. *Clin Cardiol* 1996;19:631.
- Heidi M Connolly CHAJ. Isolated left ventricular noncompaction. UpToDate, D. S. Basow, UpToDate, Waltham, MA, 2012.
- Hoit BD, Gilpin EA, Henning H, *et al.* Myocardial infarction in young patients: an analysis by age subsets. *Circulation* 1986;74:712.
- Jenni R, Oechslin E, Schneider J, *et al.* Echocardiographic and pathoanatomical characteristics of isolated left ventricular non-compaction: a step towards classification as a distinct cardiomyopathy. *Heart* 2001;86:666.
- Kannel WB and Abbott RD. Incidence and prognosis of unrecognized myocardial infarction. An update on the Framingham study. *N Eng J Med* 1984;311:1144.
- Kovacevic-Preradovic T, Jenni R, Oechslin EN, *et al.* Isolated left ventricular noncompaction as a cause for heart failure and heart transplantation: a single center experience. *Cardiology* 2009;112:158.
- Oechslin EN, Attenhofer JCH, Rojas JR, *et al.* Long-term follow-up of 34 adults with isolated left ventricular noncompaction: a distinct cardiomyopathy with poor prognosis. *J Am Coll Cardiol* 2000;36:493.
- Pitta S, Thatai D and Afonso L. Thromboembolic complications of left ventricular noncompaction: case report and brief review of the literature. *J Clin Ultrasound* 2007;35:465.
- Portaria n.º 46/11, Diário da República, 1ª série - N.º 18 - 26 de Janeiro de 2011.
- Portaria n.º 273/09, Diário da República, 1ª série - N.º 54 - 18 de Março de 2009.
- Porter A, Wurzel M, Ben-Gal T, *et al.* Long-term prognosis of 210 patients who underwent coronary angiography before 40 years of age. *Am J Cardiol* 1998;81:1168.



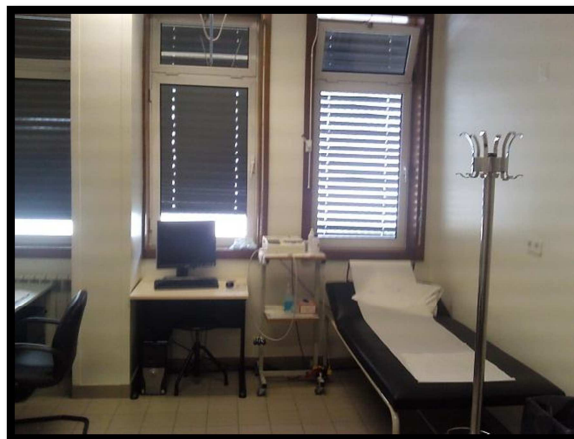
- Qureshi A, Suri MF, Guterman LR, *et al.* Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Circulation* 2001;103(4):502.
- Ritter M, Oechslin E and Sütsch G. Isolated noncompaction of the myocardium in adults. *Mayo Clin Proc* 1997;72:26.
- Thuny F, Jacquier A and Jop B. Assessment of left ventricular non-compaction in adults: side-by-side comparison of cardiac magnetic resonance imaging with echocardiography. *Arch Cardiovasc Dis* 2010;103:150-
- Thygesen K, Alpert JS and White HD. Universal definition of myocardial infarction. *Eur Heart J* 2007;28:2525-2538.
- Weiford BC, Subbarao VD and Mulhern KM. Noncompaction of the ventricular myocardium. *Circulation* 2004;109:2965.
- Zimmerman FH, Cameron A and Fisher LD. Myocardial infarction in young adults: angiographic characterization, risk factors and prognosis (Coronary Artery Surgery Study Registry). *J Am Coll Cardiol* 1995;26:654.

## ANEXOS

### ANEXO 1



**Figura 1** – Consultório CE de Cardiologia.



**Figura 2** – Sala de Eletrocardiografia.



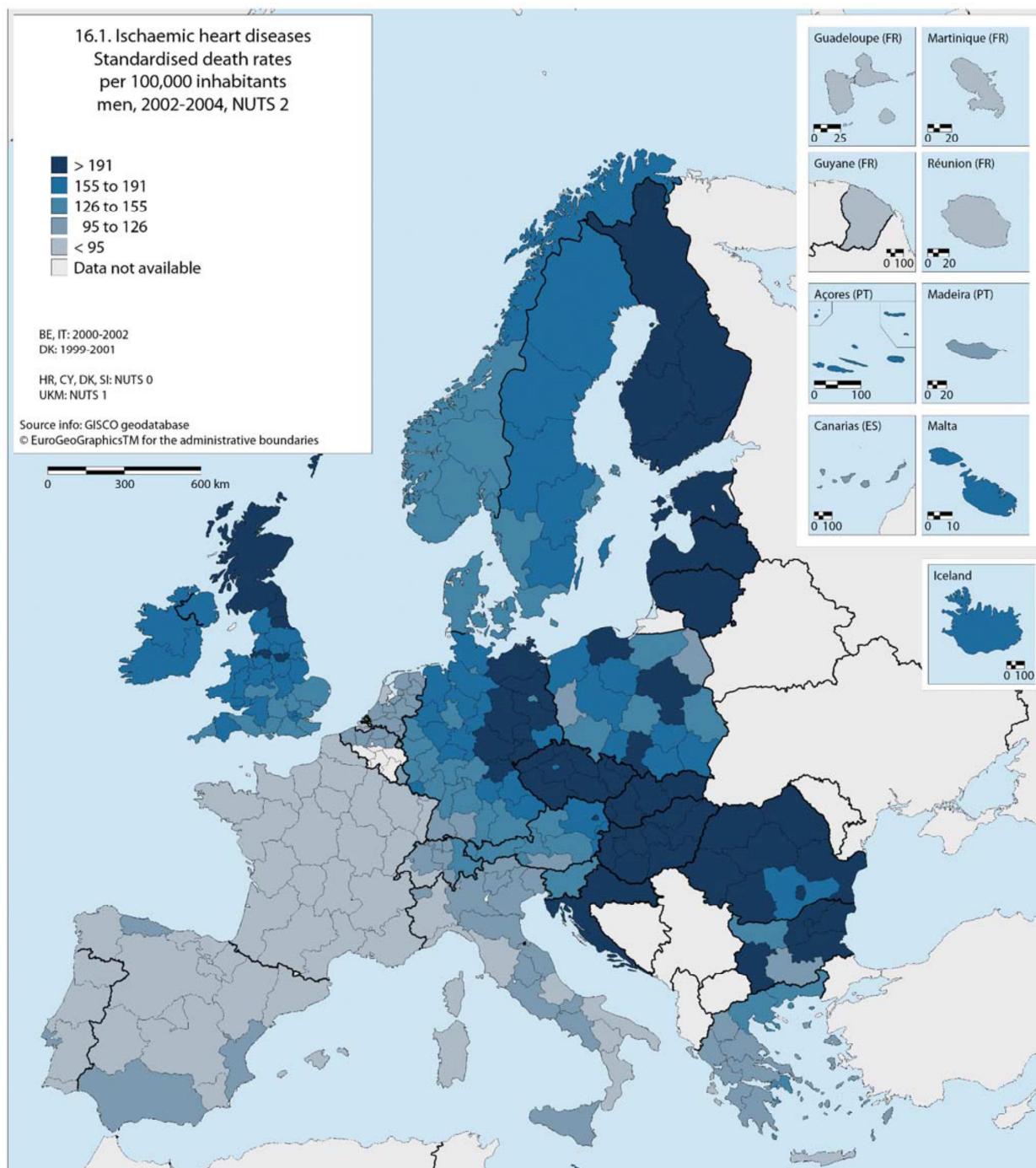
**Figura 3** – USF Nascente.

**Stratification of CV Risk in four categories**

Other risk factors, OD or Disease	Blood pressure (mmHg)				
	Normal SBP 120–129 or DBP 80–84	High normal SBP 130–139 or DBP 85–89	Grade 1 HT SBP 140–159 or DBP 90–99	Grade 2 HT SBP 160–179 or DBP 100–109	Grade 3 HT SBP ≥180 or DBP ≥110
No other risk factors	Average risk	Average risk	Low added risk	Moderate added risk	High added risk
1–2 risk factors	Low added risk	Low added risk	Moderate added risk	Moderate added risk	Very high added risk
3 or more risk factors, MS, OD or Diabetes	Moderate added risk	High added risk	High added risk	High added risk	Very high added risk
Established CV or renal disease	Very high added risk	Very high added risk	Very high added risk	Very high added risk	Very high added risk

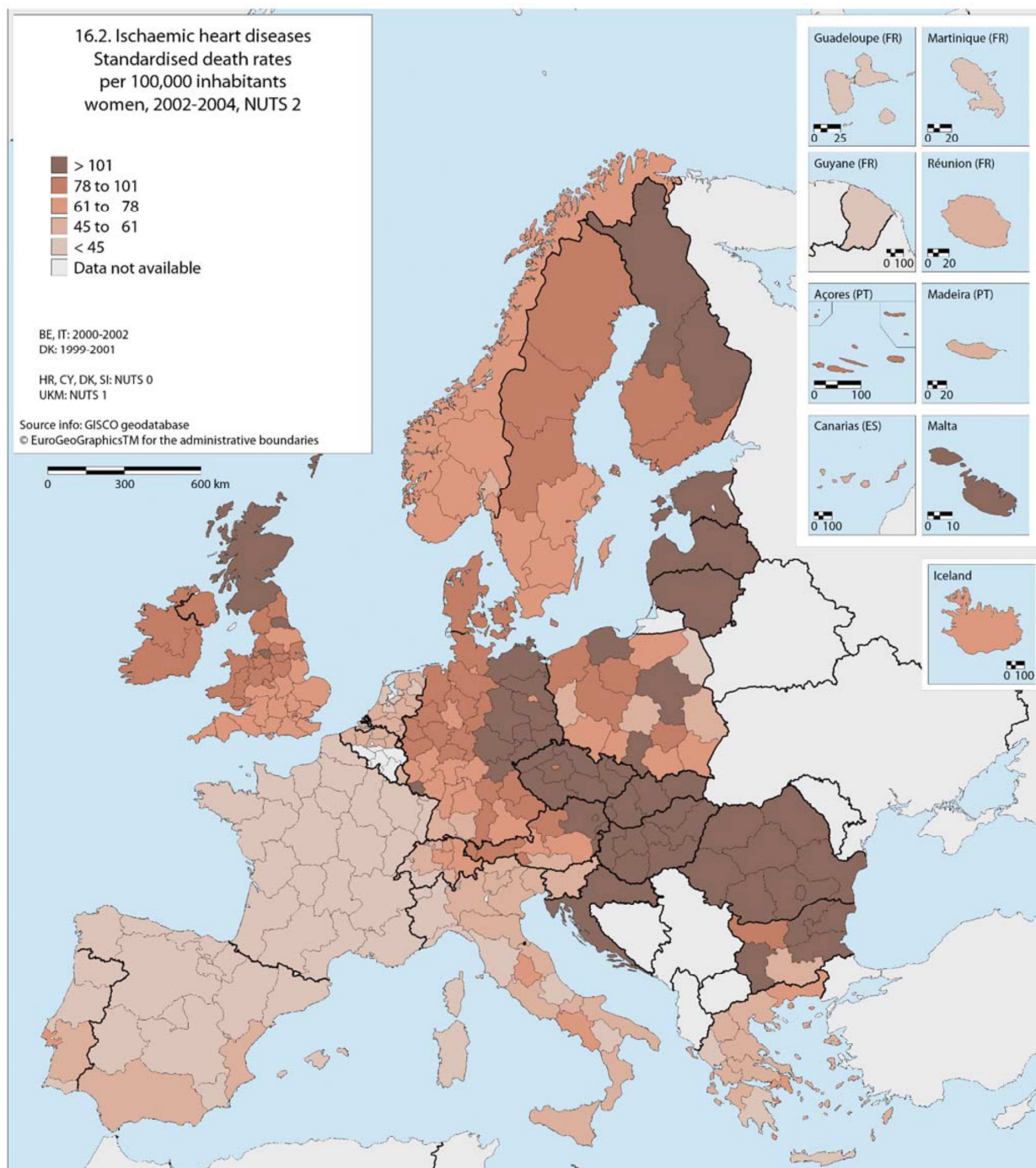
**Figura 4** – Diapositivo sobre estratificação do risco cardiovascular – Ação de formação 2.

## ANEXO 2



**Figura 5** – Taxa de mortalidade por doença cardíaca isquémica, sexo masculino.(Eurostat, 2009)

## ANEXO 3



**Figura 6** – Taxa de mortalidade por doença cardíaca isquémica, sexo feminino.(Eurostat, 2009)



## ANEXO 4

**Tabela 7** - Tratamento farmacológico após Enfarte Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST.(ESC, 2008)

Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>
<b>Antiplatelets/anticoagulants</b>		
Aspirin for ever (75–100 mg daily) in all patients without allergy	I	A
Clopidogrel (75 mg daily) for 12 months in all patients irrespective of the acute treatment	IIa	C
Clopidogrel (75 mg daily) in all patients with contraindication to aspirin	I	B
Oral anticoagulant at INR 2–3 in patients who do not tolerate aspirin and clopidogrel	IIa	B
Oral anticoagulant at recommended INR when clinically indicated (e.g. atrial fibrillation, LV thrombus, mechanical valve)	I	A
Oral anticoagulant (at INR 2–3) in addition to low-dose aspirin (75–100 mg) in patients at high risk of thromboembolic events	IIa	B
Oral anticoagulant in addition to aspirin and clopidogrel (recent stent placement plus indication for oral anticoagulation) <sup>c</sup>	IIb	C
Oral anticoagulant in addition to clopidogrel or aspirin (recent stent placement plus indication for oral anticoagulation and increased risk of bleeding)	IIb	C
<b>β-Blockers</b>		
Oral β-blockers in all patients who tolerate these medications and without contraindications, regardless of blood pressure or LV function	I	A
<b>ACE-inhibitor and ARB</b>		
ACE-inhibitor should be considered in all patients without contraindications, regardless of blood pressure or LV function	IIa	A
ARB in all patients without contraindications who do not tolerate ACE-inhibitors, regardless of blood pressure or LV function	IIa	C
<b>Statins</b>		
Statins in all patients, in the absence of contraindications, irrespective of cholesterol levels, initiated as soon as possible to achieve LDL cholesterol <100 mg/dL (2.5 mmol/L) (see also Table 22)	I	A
<b>Influenza immunization</b>		
In all patients	I	B

<sup>a</sup>Class of recommendation.  
<sup>b</sup>Level of evidence.  
<sup>c</sup>If long-term oral anticoagulation is required, use of a bare metal stent rather than a drug-eluting stent will expose the patient to a shorter duration of triple therapy and hence a lower bleeding risk.